

Formulier AOV eerste onderzoek

|  |  |
| --- | --- |
| Algemeen | |
|  | |
| 1. Dossiernummer | Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| 2. Datum onderzoek | Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| 3. Naam verzekerde | Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| 4. Geboortedatum | Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| 5. Legitimatie | Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| 6. Zijn de aangeleverde gegevens actueel  (o.a. beroep, urenverdeling)? | Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| Anamnese | |
|  | |
| 1. Wat zijn de huidige klachten? | Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| 2. Sinds wanneer bestaan de klachten? | Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| 3. Heeft verzekerde eerder deze klachten gehad? | Zo ja, wanneer, hoelang?  Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| 4. Welke belemmeringen ervaart verzekerde zelf in zijn/haar werk? | Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| 5. In hoeverre werkt verzekerde actief aan herstel? | Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| 6. Wanneer verwacht verzekerde het werk weer volledig te hervatten? | Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| 7. Zijn er herstelbelemmerde factoren (bijvoorbeeld financiële, persoonlijke, psychosociaal, werk)? | Zo ja, welke?  Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| Lichamelijk/ Psychisch onderzoek | |
|  | |
| 1. Welke afwijkingen en/of (functie)stoornissen stelt u vast? (Zo specifiek mogelijk omschrijven). | Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| Behandeling | |
|  | |
| 1. Welke behandeling vindt plaats en bij wie? | Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| 2. Is een terugkomdatum afgesproken bij specialist/huisarts | Zo ja, wanneer?  Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| 3. Wat is het resultaat van de behandeling? | Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| 4. Gebruikt verzekerde medicatie? | Zo ja, welke?  Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| 5. Behandeling adequaat? | Zo nee, suggesties?  Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| Diagnose | |
|  | |
| 1. Welke diagnose(s) hebt u gesteld? | Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| Beschouwing c.q. beperkingen | |
|  | |
| 1. Probleemanalyse |  |
| Medisch: | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Werk: | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Persoon/ Coping: | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Privé: | Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| 2. Welke beperkingen kunt u objectiveren? Zie ook anamnese en Lichamelijk/Psychisch onderzoek | Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| Advies t.a.v. werkhervatting/re-integratie | |
|  | |
| 1. Welke taken of welk deel van de taken kan verzekerde wel uitvoeren? | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Hoeveel uren per week? | Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| 2. Prognose: is er naar uw oordeel verdere uitbreiding in werkuren mogelijk? | Zo ja, ?   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Vanaf datum | Tot datum | Uren per week | | Datum | Datum | Aantal | | Datum | Datum | Aantal | | Datum | Datum | Aantal | | Datum | Datum | Aantal | | Datum | Datum | Aantal | |
|  |  |
| 3. Heeft u met verzekerde hierover een afspraak gemaakt? | Zo nee, graag een toelichting geven.  Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| 4. Heeft u overige adviezen ten aanzien van re-integratie/begeleiding (bijvoorbeeld opbouw werk)? | Zo nee, graag een toelichting geven.  Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| Overleg ten aanzien van re-integratie | |
|  | |
| 1. Wilt u overleg met de medische afdeling of arbeidsdeskundige? | Zo ja, overleg met MD AD en graag toelichting geven.  Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| 2. Is arbeidsdeskundige inzet zinvol? | Zo ja, gericht op/graag een toelichting geven.  Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| Hercontrole | |
|  | |
| 1. Vindt u een hercontrole zinvol? | Zo ja, wanneer, hoelang?  Beperking volgen  Verzekerde te begeleiden, op het gebied van  Klik of tik om tekst in te voeren.  Andere reden, namelijk  Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| 2. Per wanneer | Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |
| 3. Heeft u de hercontrole al met verzekerde afgesproken op bovengenoemde datum? |  |
|  |  |
| Opmerkingen | |
|  | |
| Ruimte voor vrije tekst, bijvoorbeeld korte samenvatting of verwachting beloop | Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Honorarium (volgens CTG/LHV-richtlijnen | | | |
|  | | | |
| Spreekuurcontrole | Bedrag. | Controlerend arts: | Tekst. |
|  |  |  |  |
| Kosten extra verrichtingen | Bedrag. | Naam: | Tekst. |
|  |  |  |  |
| BTW | Bedrag. | Organisatie: | Tekst. |
|  |  |  |  |
| Totale kosten | Bedrag. | Code CG: | Tekst. |
|  |  |  |  |